

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA ____ª VARA CÍVEL DA
COMARCA DE RECIFE - ESTADO DE PERNAMBUCO.**

MARTA SÍLVIA CLEMENTE, brasileira, solteira, desempregada, portadora do RG nº 2.532.466 SDS-PE, inscrito no CPF sob o nº 493.197.954-87, não possui e-mail, residente e domiciliado à Rua Nova, nº 2000, Caxangá, Vila José, Ribeirão-PE, CEP: 55520-000, vem, respeitosamente à presença de Vossa Excelência, por seus advogados infra-assinado (instrumento de procuração - doc. anexo), com fulcro no art. 319 Novo Código de Processo Civil e com fulcro na Lei 8.441/92, que dá nova redação à Lei Federal nº 6.194/74, e nos demais dispositivos legais aplicáveis à espécie, promover a presente

AÇÃO DE COBRANÇA SECURITÁRIA – DPVAT

em face de **TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A.**, pessoa jurídica de direito provado, inscrita no CNPJ n. 60.831.344/0001-74, situada no CONDOMÍNIO EMPRESARIAL RIOMAR TRADE CENTER, Av. República do Líbano, nº 251 - Sala 1001 - Torre 2 - Pina - Recife-PE - Cep: 51110-160 e **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, inscrita no CNPJ n. 09.248.608/0001-04, situada à Rua Senador Dantas, nº.74, 5º Andar – Centro – Rio de Janeiro – RJ, CEP: 20031-205, pelo que declara e passa a expor:

- DA GRATUIDADE DA JUSTIÇA

Av. Bernardo Vieira de Melo, 1551 – SI 01 – Piedade
Jaboatão dos Guararapes/PE – CEP: 54410-010 - Fone: (81) 3204.4039
E-mail: renatomalheiros@outlook.com



Inicialmente, a Autora requer a V. Exa. o benefício da Justiça Gratuita, na forma dos artigos 98 e ss, da CPC/2015, uma vez que não apresenta condições financeiras de arcar com o ônus processual deste feito, sem que haja prejuízo próprio ou sua família, motivo este, que requer a GRATUIDADE DA JUSTIÇA.

Art. 98 CPC: “A pessoa natural ou jurídica, brasileira ou estrangeira, com insuficiência de recursos para pagar as custas, as despesas processuais e os honorários advocatícios tem direito à gratuidade da justiça, na forma da lei.

2. DOS FATOS

A Autora afirma que em 20/02/2020, entrou em um ônibus e que o motorista realizou uma freada bruscamente, e neste momento a Autora foi arremessada, ocorrendo o acidente.

A Autora foi socorrida por terceiros para o Hospital Dom Hélder Câmara, onde de acordo com os laudos médicos, **A AUTORA SOFREU FRATURA DO NONO AO DÉCIMO SEGUNDO ARCO COSTAL À ESQUERDA, ALÉM DE FRATURA NO ASPECTO SUPERIOR DA PAREDE POSTERIOR DO ACETÁBULO DIREITO**, observando-se a invalidez permanente, ou seja, não há possibilidade de recuperação significativa ou cura.

3. DO DIREITO

Sendo a Requerente vítima de acidente de veículo motocicleta, atrai a aplicação da Lei nº 6.194/74 (**Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por Veículos Automotores de Via Terrestre ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não**); conforme o artigo 3º, alínea “b” que dispõe:

Av. Bernardo Vieira de Melo, 1551 – SI 01 – Piedade
Jaboatão dos Guararapes/PE – CEP: 54410-010 - Fone: (81) 3204.4039
E-mail: renatomalheiros@outlook.com



Art. 3º. Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e (Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007)

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.

§ 1º No caso da cobertura de que trata o inciso II do **caput** deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo:

I - quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura;

ANEXO

(Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009).

(Produção de efeitos).

(art. 3º da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974)

Danos Corporais Totais	Percentual
------------------------	------------

Av. Bernardo Vieira de Melo, 1551 – SI 01 – Piedade
Jaboatão dos Guararapes/PE – CEP: 54410-010 - Fone: (81) 3204.4039
E-mail: renatomalheiros@outlook.com



Repercussão na Íntegra do Patrimônio Físico	da Perda
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	100
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior	
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral	
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental	
alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre	
deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d)	
comprometimento de função vital ou autonômica	
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	Percentuais das Perdas
Danos Corporais Segmentares (Parciais)	
Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo	
<u>Polegar</u>	

Av. Bernardo Vieira de Melo, 1551 – SI 01 – Piedade
Jaboatão dos Guararapes/PE – CEP: 54410-010 - Fone: (81) 3204.4039
E-mail: renatomalheiros@outlook.com



Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da Mão	10
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	
Danos Corporais Segmentares (Parciais) Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais	Percentuais das Perdas
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	25
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço	10

Portanto, a Requerente perfaz o direito de receber **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)**, a título de indenização, no entanto, **a Autora não teve seu pedido de indenização pela via administrativa deferido**, em total desrespeito com a legislação vigente, fazendo jus a Autora ao recebimento no valor de **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)**.

Contudo, caso este MM. Juízo entenda pela necessidade de perícia para avaliação das sequelas deixadas pelo acidente, que seja remetido para a diretoria de saúde do TJPE.

Assim sendo, **ingressa com a presente ação**, a fim de receber o valor correspondente à indenização do seguro DPVAT com base na Lei nº. 6.194/74.

Conforme documentos anexos, a Requerente comprova o acidente e o dano por este causado, em consonância com o art. 5º, da Lei 6.194/74, que exige a simples prova do acidente

Av. Bernardo Vieira de Melo, 1551 – SI 01 – Piedade
Jaboatão dos Guararapes/PE – CEP: 54410-010 - Fone: (81) 3204.4039
E-mail: renatomalheiros@outlook.com



independente da existência de culpa, conforme jurisprudências transcritas a seguir, *in verbis*:

SEGURO OBRIGATÓRIO DE VEÍCULOS AUTOMOTORES
APELAÇÃO CÍVEL 4550/96 - Reg. 3204-1 Cod.
96.001.04550 QUARTA CÂMARA - Unânime Juiz:
PAULO GUSTAVO REBELLO HORTA - Julg: 27/06/96
DPVAT. FALTA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO. LEI N.
8441/92. INCONSTITUCIONALIDADE. INOCORRENCIA.
A Lei n. 8441/92 não conflita com o art. 192 da
Constituição da República nem contraria a essência
do contrato de seguro, previsto no art. 1432 do
Código Civil, nos casos em que o seguro não se
acha realizado ou vencido, pois a constituição
obrigatória do consórcio de seguradoras foi
criado justamente para cobrir a indenização
por pessoas acidentadas, independente do
pagamento do prêmio.
Inconstitucionalidade rejeitada. **A**
indenização por morte em acidente de
transito e devida, mediante simples prova do
acidente, ainda que não recolhido o DPVAT.
Cabe a seguradora acionada reaver do
consórcio o que tiver satisfeito em face da
aplicação do art. 7. da Lei n. 8441/92.(grifo
nosso)

4. DOS REQUERIMENTOS

Diante de todos os fatos aqui esposados, bem como legislação descrita e documentos juntados, **REQUER** à Vossa Excelência o seguinte:

1) A citação das Requeridas, **pelos Correios**, nos termos do artigo 247 do Novo Código de Processo Civil, para, querendo, apresentar resposta à presente, no prazo e forma legais, sob pena de lhe serem imputados os efeitos da revelia;

Av. Bernardo Vieira de Melo, 1551 – SI 01 – Piedade
Jaboatão dos Guararapes/PE – CEP: 54410-010 - Fone: (81) 3204.4039
E-mail: renatomalheiros@outlook.com



2) A **PROCEDÊNCIA** da presente demanda, com a condenação das Requeridas ao pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT, no valor de **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)**, com juros de 1% a.m. contados desde a data do acidente, conforme Súmula 54 do STJ e atualizados à data da efetiva liquidação, com fulcro no artigo 3º, alínea "b", da Lei 6.194/74;

3) Requer, ainda, a condenação das Requeridas nas custas, despesas processuais e honorários advocatícios, no importe de 20%;

4) A parte Autora vem a presença de Vossa Excelência informar que não tem interesse que seja designada audiência de conciliação ou mediação, na forma do previsto no artigo 334 do NCPC;

5) **Por fim, requer os benefícios da Assistência Judiciária Gratuita, consoante Lei 1060/50 e posteriores alterações, por ser a Autora pessoa pobre na acepção jurídica do termo, conforme declaração inclusa.**

Protesta e requer provar o alegado por **todos** os meios de prova em direito admitidos, sem exceção de nenhuma, especialmente pelos documentos que instruem esta Inicial, prova pericial e todas as demais que se fizerem necessária para a perfeita elucidação do feito.

Requer ainda o Suplicante a inversão do ônus da prova, nos termos do art. 6º, inciso VIII do Código de Defesa do Consumidor, por ser parte hipossuficiente desta relação.

Outrossim, **requer sejam todas as intimações publicadas exclusivamente em nome do Procurador RENATO CÉSAR MALHEIROS CAVALCANTI, OAB/PE Nº 31.915**, com endereço na Av. Bernardo Vieira de Melo, nº 1551, sala 01, Piedade, Jaboatão dos Guararapes-PE, CEP: 54410-010.

Av. Bernardo Vieira de Melo, 1551 – Sl 01 – Piedade
Jaboatão dos Guararapes/PE – CEP: 54410-010 - Fone: (81) 3204.4039
E-mail: renatomalheiros@outlook.com



Dá-se a esta o valor de **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).**

Nestes termos,
Pede deferimento.
Recife, 27 de março de 2020.

RENATO CÉSAR MALHEIROS CAVALCANTI
OAB/PE Nº 31.915



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Marta Silvia Clemente
Brasileira, Solteira
Desempregada portador(a) do RG nº 2.532.466 SD/PE,
inscrito(a) no CPF sob o nº 443.797.991-87, residente e
domiciliado(a) à Rua Rua Nova
2000, Estância Vila São Mariano - Ribeirão PE CEP:
55520-000.

OUTORGADO: **RENATO CÉSAR MALHEIROS CAVALCANTI**, brasileiro, solteiro,
advogado inscrito na OAB-PE sob o número 31.915, domiciliado na cidade do
Recife-PE e estabelecido na Avenida Bernardo Vieira de Melo, nº 1551, Sala 01
- Piedade - Jaboatão dos Guararapes/PE - CEP: 54410-010.

PODERES: Plenos para o foro em geral, de acordo com os poderes das
cláusulas "AD et EXTRA JUDITIA" implícitas no Art. 38 do Código de Processo
Civil, podendo o Outorgado, acompanhar quaisquer inquéritos, ações ou
recursos até a sentença final, especiais para acordar, discordar, desistir,
impugnar, comprometer; transigir receber alvarás, representar o OUTORGANTE
perante quaisquer Entidades Públicas ou Privadas, enfim, tudo o que for
necessário para suprir as necessidades de defesa dos interesses do
OUTORGANTE, inclusive substabelecer com ou sem reservas de direitos e,
especificamente neste ato, para propor ação na Justiça Comum e/ou pedido
administrativo de indenização DPVAT.

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Cláusula Única - Pelo presente Contrato particular de prestação de serviços, o
OUTORGANTE infra-assinado se compromete a pagar aos OUTORGADOS,
honorários advocatícios na ordem de 30% (trinta por cento) sobre o total de
todos os proventos advindos do processo patrocinado quer seja no total da
condenação ou mediante conciliação, sendo esta última hipótese vedada
sem a anuência dos OUTORGADOS, que se obrigam a prestar seus serviços
profissionais; ficando de logo esta MM Vara autorizada a reter o referido
percentual, independente dos de sucumbência.

Recife, 15 de Novembro de 2020.

Marta Silvia Clemente
NOME DO OUTORGANTE

Avenida Bernardo Vieira de Melo, nº 1551 - Sala 01 - Piedade - Jaboatão dos Guararapes/PE - CEP: 54410-010
Fone/Fax: (81) 3204-4039 / (81) 99543-4554

Scanned with CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

07 R 49

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL



POLEGAR DIREITO



Martha Silvia Clemente

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Scanned with CamScanner



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.532.466 DATA DE EXPEDIÇÃO 29/09/2011

NOME << MARTA SILVIA CLEMENTE >>

FILIAÇÃO << >>
<< MARIA LÚCIA CLEMENTE >>

NATURALIDADE RECIFE - PE DATA DE NASCIMENTO 20/07/1960

DOC ORIGEM << 0745830155 1963 1 00020 141 0010095 52 PRIMAVERA-PE >>

CPF 493.197.954-87

ASSINATURA DO DIRETOR  Del. Jacirly de S. Carneiro Leão

LEI N° 7.116 DE 29/08/83 F-46 26.766 - 3013





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 019ª CIRCUNSCRIÇÃO - PRAZERES - DP19ªCIRC DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0109001336**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **20/02/2020** às **09:35**

OUTROS ACIDENTES - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **28/10/2019** às **13:30**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR 101, 1 - Bairro: PRAZERES - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **FÁBRICA DA COCA COLA**
Local do Fato: **ÔNIBUS**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
EMPRESA BORBOREMA (AUTOR/AGENTE)
MARTA SILVIA CLEMENTE (VITIMA)

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

MARTA SILVIA CLEMENTE (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA LÚCIA CLEMENTE** Pai: **NÃO DELCARADO** Data de Nascimento: **20/7/1960** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2532466/SDS/PE (RG), 49319795487 (CPF)** Telefones Celulares: **- 81982027402**

Motivo da Viagem: **OUTROS**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO, 2000, RUA NOVA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - RIBEIRÃO/PERNAMBUCO/BRASIL, POSTO DE SAÚDE**

EMPRESA BORBOREMA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

Complemento / Observação

DECLARA MARTA QUE ENTROU NO ÔNIBUS DA EMPRESA BORBOREMA E QUANDO IA PASSAR PELA CATRACA O MOTORISTA DO CITADO TRANSPORTE COLETIVO DEU UMA FREADA BRUSCA, DE FORMA QUE ELA SE DESEQUILIBROU E CAIU. QUE FOI SOCORRIDA PELO PRÓPRIO MOTORISTA PARA O HOSPITAL. QUE FOI DIAGNOSTICADO MEDIANTE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOMEN, EMITIDA PELO HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA: FRATURA DO NONO AO DECIMO SEGUNDO ARCO COSTAL À ESQUERDA, ALEM DE



FRATURA NO ASPECTO SUPERIOR DA PAREDE POSTERIOR DO ACETÁBULO DIREITO. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Marta Silvia Clemente
MARTA SILVIA CLEMENTE
(VITIMA)

B.O. registrado por: **LIGIA MARIA CORREIA DA SILVA** - Matrícula: **3854884**





Pagador MARTA SILVIA CLEMENTE	CPF/CNPJ 493.197.954-87
Endereço RUA NOVA 2000	Bairro CAXANGA (VILA JOSE)
Cidade RIBEIRAO	UF PE
	Cep 55520-000
Beneficiário GOONET TELECOMUNICACOES LTDA ME	CNPJ 8221560000188
Endereço RUA DRº GONÇALVES GUERRA 130	CEP 55813-390
Cidade RIBEIRAO	E-mail sac@goonet.com.br
	Fone (81)3621-1447

Extrato da Conta

Assinante MARTA SILVIA CLEMENTE

Usuário marta232@goonet.com.br

Nº Doc. 513203 Valor 46,45

Vencimento 15/03/2020

Período 19/02/2020 à 14/03/2020

Conexões 39 Download 41,961 GB

Upload 1,7685 GB

Tempo Utilizado 277:11:15



Agência/Cód. do Beneficiário 4041/0392294

Nosso número 0000005132037

Extrato da Fatura

MENSALIDADE - 03/2020 39,32
4 DIAS 10 MB CRA/TAM 12 7,13

033-703399.03924 29400.000054 13203.701019 5 81950000004645

Local de Pagamento PREFERENCIALMENTE NOS BANCOS SANTANDER					Vencimento	15/03/2020
Beneficiário GOONET TELECOMUNICACOES LTDA CNPJ 8221560000188					Agência/Conta	4041/0392294
Data do Documento	N. Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data Processamento	Nosso Número	0000005132037
20/02/2020	513203	DM	N	02/03/2020		
Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor Documento		
	RCR	R\$				
Instruções (Texto de Responsabilidade do Cedente)					(=) Valor do Documento	46,45
Pagar preferencialmente no banco SANTANDER					(-) Desconto	
Após o vencimento multa de 2% e juros de 0,033% ao dia					(-) Outras Deduções/Abatimento	
SRº CAIXA, NÃO RECEBER ESTA FATURA APÓS 27 DIAS DO VENCIMENTO					(+) Mora/Multa	
Pagador MARTA SILVIA CLEMENTE					(+) Outros Acréscimos	
CPF/CNPJ 493.197.954-87					(=) Valor Cobrado	
RUA NOVA 2000 PX AO CAMPO DE FUTEBOL, CASA DE SILVINHA						
CAXANGA (VILA JOSE MARIANO) - RIBEIRAO						



Autenticação Mecânica/Ficha de Compensação

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Martha Silveira Clemente
BRASILIA SOLTEIRA Desempregada
portador(a) do RG nº 9.580.466 SBS PE, inscrito(a)
no CPF sob o nº 499.797.994-87, residente e domiciliado(a) à
Rua Rua Maria do Socorro, Catanga
nº 2000, Catanga, Vila São Mariano, Recife -PE,
CEP: 55520-000, declara, para fins de prova junto à Assistência
Judiciária, na forma dos artigos 98 e ss, da CPC/2015, que não apresenta condições
financeiras de arcar com o ônus processual deste feito, sem que haja prejuízo próprio
ou sua família. Declaração esta que faz sob as penas da Lei e sob sua inteira
responsabilidade.

Recife, 15 de Março de 20 20.

Martha Silveira Clemente



Data: 29/10/2019
Hora: 16:50:24
SAME:


Pedido: 390716 Atendimento: 530509 Idade: 59a 3m 10d
Paciente: 121614 MARTA SILVIA CLEMENTE Sexo: Feminino
Médico Solicitante: CRM - 14418 MENANDRO BEZERRA DE MELO MARTINS
Data da Solicitação: 28/10/2019 Hora: 19:23:47 Dt. Realiz.: 28/10/2019
Convênio: SUS/SIA AMB/URG Origem da Solicitação: PM CABO STO AGOSTINO
Unidade Internação: Enfermaria: Leito:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOMEN

Técnica: - Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos sem a administração de contraste.

Achaods:

- Atenuação e volume normais do fígado e baço.
- Vesícula biliar não caracterizada (cirurgia prévia?).
- Aspecto tomográfico normal do pâncreas.
- Distribuição habitual de alças delgadas e cólicas.
- Aorta e veia cava de dimensões normais e contornos definidos. Não há sinais de adenomegalias retroperitoneais.
- Ausência de imagens sugestivas de líquidos livres e/ou coletados na cavidade abdominal.
- Rins de topografia habitual, com atenuação, forma, volume e contornos normais, sem evidência de calcificações ou obstrução do seu sistema de drenagem.
- **Bexiga de volume bastante aumentado e distendida (bexigoma).**
- Utero apresentando formações noduliformes com calcificações grosseiras. Achado sugere processo leiomiomatoso.
- **Avaliação óssea mostra fraturas do nono ao decimo segundo arco costal à esquerda, além de fratura no aspecto superior da parede posterior do acetábulo direito.**


Dr(a): Bruno Brandão Pernambuco
CRM: 18107



Data: 29/10/2019

Hora: 16:50:37

SAME:

Pedido: 390716

Atendimento: 530509

Idade: 59a 3m 10d

Sexo: Feminino

Paciente: 121614 MARTA SILVIA CLEMENTE

Médico Solicitante: CRM - 14418 MENANDRO BEZERRA DE MELO MARTINS

Dt. Realiz.: 28/10/2019

Data da Solicitação: 28/10/2019

Hora: 19:23:47

Convênio: SUS/SIA AMB/URG

Origem da Solicitação:

PM CABO STO AGOSTINO

Leito:

Unidade Internação:

Enfermaria:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TORAX - SEM CONTRASTE

TÉCNICA: Os cortes tomográficos computadorizados do tórax foram obtidos sem a infusão endovenosa de contraste iodado hidrossolúvel.

Achados:

- Opacidades consolidativas com alguns focos fibroatelectásicos em ambas as bases pulmonares. Achado usualmente observado em situações de processo infeccioso em remissão, porém no contexto de trauma, pode corresponder a focos de contusão.
- Não há evidência de derrame pleural.
- As estruturas vasculares mediastinais têm calibre e disposição habituais.
- Não visualizamos linfonodomegalias ou outras lesões ocupando espaços nos compartimentos mediastinais.
- Traquéia, carina e brônquios principais de calibre e contornos normais.
- Hilos pulmonares anatômicos.
- Aparente fratura da nona costela torácica à esquerda. Não foi possível analisar os segmentos costais mais inferiores.

Dr(a): Bruno Brandão Pernambuco

CRM: 18107



Revista 2020



DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
FICHA DE EVOLUÇÃO NUTRICIONAL



Paciente: Amélia Silva Clemente Data: 29/10/19
Registro: 121614 Idade: 64 Enf/Letto: VERDE - ORTOP.

VIA DE ALIMENTAÇÃO:

☒ **ORAL**

Consistência: () Líquida () Líquido-Pastosa () Pastosa () Branda (☒ Normal () Líquidos espessados
Tipo: () Livre (☒ Hipossódica (☒ Hipoglicídica () Hipolipídica () Hepatopata
() IRC Conservador () IRC Dialítico () Laxante () Constipante () SIG

() JEJUM/ ZERO: Justificativa: —

Aceitação da dieta: () Ótima (100%) (☒ Boa (100-75%)
() Moderada (75-50%) () Ruim (<50%)

Intolerâncias/Alergias: —

Alteração de padrão Alimentar: () Redução na quantidade
() Dieta líquida () Dieta líquida sem resíduos

Uso de Terapia Nutricional Oral (TNO): (☒ Não () Sim Tipo: —

Sintomas Gastrointestinais: () Disfagia/ Odinofagia () Anorexia () Náuseas/ Vômitos () Dispneia
() Distensão abdominal () Diarréia (☒ Constipação () Sem queixas

Exame Físico: (☒ Sem edema () Com edema () Ascite () Anasarca

() **ENTERAL**

Fórmula - () Padrão () Específica

Tipo: () Normo/Normo () Normo/Hiper () Hiper/Hiper () Controle Glicêmico
() IRC Conservador () IRC Dialítico () Cicatrização () Pneumopata
() Hepatopata () Semi-elementar () Elementar
() Módulos: —

Via de Administração: () SNE () SOG () SNG () GTT () JTT Infusão: () BIC () GRAV

Tolerância: () Adequada () Regurgitação () Diarréia () Constipação () Dist abdominal () Hiperglicemia

Volume Dieta: () 30 ml/h () 40 ml/h () 50 ml/h () 60 ml/h () 70 ml/h () 80 ml/h () Outros: —

Total Ofertado: Kcal: — (— Kcal/kg/dia) PTN: — g (— g/kg/dia de proteína)

Volume Água: () 100 ml () 200 ml () 300 ml () Sem Água Horários: —
() Outros: —

Exame Físico: () Sem edema () Com edema () Ascite () Anasarca

() **PARENTERAL:** —

NAN: () Terciário (☒ Secundário () Primário

Observações: —

Renato Cesar Malheiros Cavalcanti
Nutricionista
CRP 00116

Nutricionista





Pagador MARTA SILVIA CLEMENTE		CPF/CNPJ 493.197.954-87
Endereço RUA NOVA 2000		Bairro CAXANGA (VILA JOSE)
Cidade RIBEIRAO	UF PE	Cep 55520-000
Beneficiário GOONET TELECOMUNICACOES LTDA ME		CNPJ 8221560000188
Endereço RUA DRº GONÇALVES GUERRA 130 CEP: 55813-390		E-mail sac@goonet.com.br
Cidade RIBEIRAO		Fone (81)3621-1447

Extrato da Conta

Assinante MARTA SILVIA CLEMENTE

Usuário marta232@goonet.com.br

Nº Doc. 513203 Valor 46,45

Vencimento 15/03/2020

Período 19/02/2020 à 14/03/2020

Conexões 39

Download 41,961 GB

Upload 1,7685 GB

Tempo Utilizado 277:11:15



Agência/Cód. do Beneficiário 4041/0392294

Nosso número 0000005132037

Extrato da Fatura

MENSALIDADE - 03/2020	39,32
4 DIAS 10 MB CAA/TAM-12	7,13

033-7 03399.03924 29400.000054 13203.701019 5 81950000004645

Local de Pagamento PREFERENCIALMENTE NOS BANCOS SANTANDER				Vencimento	15/03/2020
Beneficiário GOONET TELECOMUNICACOES LTDA CNPJ 8221560000188				Agência/Conta	4041/0392294
Data do Documento	N. Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data Processamento	
20/02/2020	513203	DM	N	02/03/2020	
Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor Documento	Nosso Número
	RCR	R\$			0000005132037
Instruções (Texto de Responsabilidade do Cedente)					(=) Valor do Documento
Pagar preferencialmente no banco SANTANDER Após o vencimento multa de 2% e juros de 0,033% ao dia SRº CAIXA, NÃO RECEBER ESTA FATURA APÓS 27 DIAS DO VENCIMENTO					46,45
					(-) Desconto
					(-) Outras Deduções/Abatimento
Pagador MARTA SILVIA CLEMENTE					(+) Mora/Multa
CPF/CNPJ 493.197.954-87					(+) Outros Acréscimos
RUA NOVA 2000 PX AO CAMPO DE FUTEBOL, CASA DE SILVINHA					(=) Valor Cobrado
CAXANGA (VILA JOSE MARIANO) - RIBEIRAO					

Autenticação Mecânica/Ficha de Compensação




RECEITUÁRIO

Monte Silveir Clemente

Laudos Médicos

Declaro que a paciente
acima apresentada Fratura
de costelas em consolidação
em acompanhamento
ambulatorial.

22/11/19


Dr. Xisto Luna
Urologia
CRM-PE 16.635



TRIAGEM DE RISCO NUTRICIONAL - NRS 2002

Data: 29/10/19

Paciente: Marta Silva Clemente Registro: 123614
Peso Atual: 64 Peso Habitual: Altura: 1,52 Idade: 59 Leito: VERDE - OBTOP

Parte 1 - Triagem Inicial	SIM	NÃO
Paciente Apresenta IMC < 20,5? <u>IMC = 29,0 kg/m²</u>		X
Houve Perda de Peso nos Últimos 3 meses?		X
Houve Redução na Ingesta de alimentos na última semana?	X	
Paciente apresenta doença grave, está em mau estado geral ou UTI?		X

SIM: Se a resposta for "sim" para qualquer uma das questões, o Nutricionista deverá continuar a preencher a parte 2.

NÃO: Se a resposta for "não" para todas as questões, reavalie o paciente semanalmente.

Se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte, deve-se considerar Terapia Nutricional para evitar riscos associados. Continue e preencha a parte 2.

Parte 2 - Triagem do Risco Nutricional	
Estado Nutricional	Gravidade da doença (Efeito do estresse metabólico no aumento das necessidades nutricionais)
Ausente (Pontuação 0)	Ausente (Pontuação 0)
Leve (Pontuação 1)	Leve (Pontuação 1)
Moderado (Pontuação 2)	Moderado (Pontuação 2)
Grave (Pontuação 3)	Grave (Pontuação 3)

Pontuação (Estado nutricional) + Pontuação (gravidade da doença) = Escore total = 02 Non Suscetuivo

Para calcular o escore total: A. Encontre o escore (de 0 a 3) para o estado nutricional e para a gravidade da doença (escolher apenas a variável de maior gravidade); B. Some os dois escores para obter o escore total; C. Se o paciente apresentar idade > ou igual a 70 anos, adicione 1 ponto ao escore total para ajustar a fragilidade dos idosos.

Escore total > ou igual a 3: O paciente está em risco nutricional e a TN deve ser iniciada.

Escore total < 3: No momento, o paciente não apresenta risco nutricional e deve ser reavaliado semanalmente. Porém, se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte, deve-se considerar terapia nutricional para evitar riscos associados.

Pontuação =1: A necessidade proteica está aumentada, mas o déficit proteico pode ser recuperado pela alimentação oral ou pelo uso de suplementos, na maior parte dos casos.

Pontuação =2 A necessidade proteica está substancialmente aumentada e o déficit proteico pode ser recuperado na maior parte dos casos com o uso de suplementos orais / dieta enteral.

Pontuação =3 A necessidade proteica está substancialmente aumentada e não pode ser recuperada somente pelo uso de suplementos orais / dieta enteral.

Nutricionista

Nutritional Risk Screening - NRS é baseada em estudos clínicos randomizados e recomendada pelo Guideline da ESPEN* para o âmbito hospitalar

*Kondrup J, Allison SP, Ellis M, Velaz B, Plauth M; Educational and Clinical Practice Committee, European Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN). ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. Clin Nutr 2003;22(4):415-21. *European Society for Parenteral and Enteral Nutrition. Questionário traduzido e utilizado pela nutricionista Mariana Raslan.



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Marta Silveira Clemente Registro: 525634

Clinica: _____ Enfermaria: Vinda Leito: _____

Data/Hora	* Serviço Social *
29/10/19	Realizada visita ao leito, atendimento social. Pt. acompanhada de filha que refere que a mesma reside com o esposo em Pádua com possível acesso básico de saúde. Prestadas orientações das normas e rotinas do hospital, direitos do usuário do SUS e registro DPVAT.
	Assistente Social OFFICINA DE ATENDIMENTO FARMÁCIA
	#CG#
30/10/19	- Recente retorno de queda de membro direito há ± 48h. Ausência de dor em RCE, n/ outros queixas. #pe exome/ EGOM, (concomitante) orientado, supracard, membranas, diastase musculares, hidratado ABD= flácido, diminuído, indolor a palpao EXT= sem restrição de movimento. # Exome/ (28/10/19) - TAC de tórax p/ contusão: fratura da 1ª costela esquerda no terço médio, fratura da 2ª costela esquerda no terço médio, fratura da 3ª costela esquerda no terço médio, fratura da 4ª costela esquerda no terço médio, fratura da 5ª costela esquerda no terço médio, fratura da 6ª costela esquerda no terço médio, fratura da 7ª costela esquerda no terço médio, fratura da 8ª costela esquerda no terço médio, fratura da 9ª costela esquerda no terço médio, fratura da 10ª costela esquerda no terço médio, fratura da 11ª costela esquerda no terço médio, fratura da 12ª costela esquerda no terço médio. # CD: 1) Alta de ortopedia, cirurgia geral 2) Acompanhamento ortopedia (fratura de tórax) TAC de tórax p/ contusão 3) Tórax direito p/ DM Dado clínico (+) Assistente Social CRM - 10295 Mat. 194400-2

How Times - 56 days
51 off

Q. 2. $\frac{1}{x^2} = x^{-2}$

① Fick of Jekuto

131-57

29/10/19 Serviço Social
setor comunicando acerca de alta
interna. filha localizada e orientada
quanto ao devido hospitalar.

Assistente Social

02:22



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Interdimento: 530509

Data \ Hora: 28/10/2019 17:59

Senha da Classificação:

0040

Paciente: 121614 MARTA SILVIA CLEMENTE

Sexo: FEMININO

Data do Nascimento: 20/07/1960

Idade: 59 anos

Convenio: 2

SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: MARIA LUCIA CLEMENTE

Nome do Pai:

Estado Civil: CASADO

Nome do Médico: MENANDRO BEZERRA DE MELO MARTINS

CRM: 14418

Endereço: RUA NOVA

VILA JOSE MARIA 2000

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: RIBEIRAO PRETO

SP

Usuário Atendimento: GISELEMSS

RG (Identidade): 2532466

SDS/PE

Data de Emissão: 29/09/2011

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 49319795487

Fone: 982422064

Cartão SUS: 701007887174891

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

Acute, intensa de queixas de náuseas, vômitos
após febre baixa de 38,5°C, letargia, dor em HCT

Exame Físico

Ed. de, eufórica, com febre, letargia.

Hipótese Diagnóstica

Letargia

Conduta Terapêutica

Rx de transição TCE sobre total

Prescrição Médica

ATENDIDO

99% 10ml

Paracetamol 100mg - 10ml

ATENDIDO

Paracetamol 100mg - 10ml

99% 10ml

Dr. Emanuel Alencar

Cirurgião Geral

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:

LEITO DO PACIENTE:

28/10 - 22:50 hs - pt. de transição p/ área verde.
Evolui em 24h, consciente, orientada. Segue a ser cuidada
da equipe de enfermagem.



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA



Nome : MARTA SILVIA CLEMENTE

Nome Social:

(Paciente)

LEITO 16

/575

(Setor /Leito)

Dt. de Nasc: 20/7/1960

Registro: 121614

CNS: 701007887174891

Cidade: RIBEIRAO PRETO

Bairro: CENTRO

Mãe: MARIA LUCIA CLEMENTE

IDADE: 59 ANOS 3 MESES 9 DIAS

PESO: _____

DATA DE ADMISSÃO: 29/10/2019

ALERGIAS:

☐ SIM ☐ NÃO

PRECAUÇÕES

QUAL: _____

☐ CONTATO ☐ AEROSOL ☐ GOTÍCULA ☐ REVERSO

RISCOS INDIVIDUAIS

☐ Lesão por Pressão

☐ Queda

☐ Perda de AVC/AVP

☐ Perda de SNG

☐ Extubação

☐ Perda de SNE

Cirurgia: _____

Anestesia: _____



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

RECEITUÁRIO

A Emergência

Demora P/ Emergência

P/ fe ao fêmea +

Col. perianal

Chamar Após exame

27.11.19

HDH - Hospital Dom Helder Câmara
Menandro Bezerra de Melo Martins
Cirurgião Geral - CRM 14418
Coordenador de Cirurgia Geral





Tipo do documento: TERMO DE CONSENTIMENTO	Número do documento: TER. 001	Emissão: 17/04/2019
Título: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	Responsável pela aprovação: Dr. André Sansão	Versão número: 001
Responsável pela elaboração: Bruna Melo		Revisão: 00

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PARA PROCEDIMENTOS EM GERAL -

O presente termo tem o objetivo de cumprir o dever ético de declaração do paciente e/ou responsável, de recebimento de informações quanto aos principais aspectos relacionados ao tratamento, assistência clínica, medicamento ou procedimento ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Dom Helder Câmara.

☐ Paciente

☐ Responsável

Autorizo o Dr.º(a) _____, credenciado(a)
pelo Hospital Dom Helder Câmara, a realizar o(s) seguinte(s):

- ☐ Tratamento: _____
☐ Assistência clínica: _____
☐ Procedimento: _____ ou
☐ Exame: _____

a que serei submetido.

Declaro que estou ciente dos benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis que me foram explicadas claramente pelo médico, Dr.º(a) _____, CRM: _____ e que tive a oportunidade de fazer perguntas, que me foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no Hospital para se obter o melhor resultado.

Estou ciente de que podem ocorrer complicações durante o Tratamento/Assistência Clínica/Procedimento ou Realização de exame, assim como poderá ser necessária a modificação da proposta inicial em virtude de situações imprevistas.

Confirmo que recebi explicações, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse.

☐ PACIENTE / ☐ RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: Gerlane Maria da Silva RG: 6734889
Data de nasc.: 25/11/1983 Grau de parentesco: Mãe

Cabo de Santo Agostinho, 22 de Novembro de 20 19

Gerlane Maria da Silva
Assinatura do paciente/representante legal

Preenchimento Obrigatório Médico

Eu, _____, CRM: _____
médico responsável pelo esclarecimento do procedimento, prestei todas as orientações necessárias e solicitadas pelo paciente referente ao termo de consentimento informado.

☐ Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento informado, por tratar-se de situação de Emergência

Cabo de Santo Agostinho, ____ de _____ de 20 ____

Assinatura / Carimbo do médico

Rodovia BR 101 Sul – KM 28, Cabo de Santo Agostinho – PE; CEP 54510-000
Fone: 3183-0000





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Endereço: 534858

Data e Hora: 22/11/2019 10:30

Senha da Classificação:

0018

Paciente: 121614 MARTA SILVIA CLEMENTE

Sexo: FEMININO

Data do Nascimento: 20/07/1960 Idade: 59 anos

Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: MARIA LUCIA CLEMENTE

Nome do Pai:

Estado Civil: CASADO

Nome do Médico: XISTO PESSOA DE LUNA NETO

CRM: 16635

Endereço: RUA NOVA

VILA JOSE MARIA 2000

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: RIBEIRAO PRETO

SP

Usuário Atendimento: MARIANPG

RG (Identidade): 2532486

SDS/PE

Data de Emissão: 29/09/2011

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 49319795487

Fone: 982422064

Cartão SUS: 701007887174891

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Altura: Temperatura: Hora:

Queixa Principal

Paciente com história de fratura de costelas há ± 20 dias

Exame Físico

RVA em AIT

Hipótese Diagnóstica

Fratura de Costelas

Conduta Terapêutica

TC

Prescrição Médica

TC: Ausência de hemo ou pneumotórax
cat: alta hospitalar

Dr. Xisto Luna
Urologia
CRM-PE 16.635

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:

LEITO DO PACIENTE:

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 22/11/2019 09:44



Nome Paciente: MARTA SILVIA CLEMENTE
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 20/07/1960
Sexo: Feminino
Idade: 59 anos
Senha: 0018
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 22/11/2019 10:12 - 22/11/2019 10:25

ROSALIA GOMES DA SILVA - COREN: 226189 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **URGENCIA - AMARELO**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: PACIENTE ENC. DO AMBULATORIO DE C. GERAL PARA REALIZAR EXAMES

Observação: REFERE HAS, DM, INSULINA 2X DIA, NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS. PA 134/97, SAT 97%, FC 83 BPM. HGT=396

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR MODERADA (4-7/10)

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Acolhido(a) por: ROSALIA GOMES DA SILVA - COREN: 226189 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 22/11/2019 10:25

Página 1 de 1

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Scanned with CamScanner





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA
ATENDIMENTO AMBULATORIAL - EGRESSO



Atendimento: 534833

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Data e Hora: 22/11/2019 08:33

Paciente: 121614 MARTA SILVIA CLEMENTE Sexo: FEMININO
Data do Nascimento: 20/07/1960 Idade: 59 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMBAURG
Nome da Mãe: MARIA LUCIA CLEMENTE Nome do Pai:
Estado Civil: CASADO Nome do Médico: MENANDRO BEZERRA DE MELO MARTINS CRM: 14418
Endereço: RUA NOVA -- VILA JOSE MARIA 2000 Bairro: CENTRO
Cidade/UF: RIBEIRAO PRETO SP Usuário Atendimento: SURAMARMS
RG (Identidade): 2532466 SDS/PE Data de Emissão: 29/09/2011
CPF (Cadastro de Pessoa Física): 49319795487 Fone: 982422064
CRN(Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

HDA - HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL

Doença da mãe por febre
A cirurgia

EXAME FÍSICO

Temperatura: ()

Pressão Arterial: ()

Peso: ()

Altura: ()

Outros: _____

SOLICITAÇÃO PARA CONSULTA DE RETORNO

Data do Retorno: *25/11* Hora do Retorno: _____

Médico do Retorno: _____

Anotações: _____

HCH - Hospital Dom Helder Câmara
Menandro Bezerra de Melo Martins
Cirurgião Geral - CRM 14418
Coordenador de Cirurgia Geral
Carimbo/Médico

25 NOV 2019
HCH - Hospital Dom Helder Câmara
Jefferson Melo
Faturamento/SAME

OBS: Ao final da consulta encaminhar essa ficha para o atendimento (recepção). Caso a solicitação de retorno seja preenchida o setor (ambulatorio de egresso) fará o agendamento tipo 2 (Retorno).





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA
ATENDIMENTO AMBULATORIAL - EGRESSO



Atendimento: 537436

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Data e Hora: 06/12/2019 06:41

Paciente: 121614 MARTA SILVIA CLEMENTE

Sexo: FEMININO

Data do Nascimento: 20/07/1960 Idade: 59 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: MARIA LUCIA CLEMENTE

Nome do Pai:

Estado Civil: CASADO

Nome do Médico: MENANDRO BEZERRA DE MELO MARTINS

CRM: 14418

Endereço: RUA NOVA

-- VILA JOSE MARIA 2000

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: RIBEIRAO PRETO

SP

Usuário Atendimento: JAIDETTENS

RG (Identidade): 2532466

SDS/PE

Data de Emissão: 29/09/2011

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 49319795487

Fone: 982422064

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

HDA - HISTORICO DA DOENÇA ATUAL

EXAME FISICO

Temperatura: ()

Pressão Arterial: ()

Peso: ()

Altura: ()

Outros: _____

SOLICITAÇÃO PARA CONSULTA DE RETORNO

Data do Retorno: _____ Hora do Retorno: _____

Médico do Retorno: _____

notações:

DM - Hospital Dom Helder Câmara
Menandro Bezerra de Melo Martins
Cirurgião Geral - CRM 14418
Coordenador da Cirurgia Geral

Carimbo/Médico

OBS: Ao final da consulta encaminhar essa ficha para o atendimento (recepção). Caso a solicitação de retorno seja preenchida o setor (ambulatorio de egresso) fará o agendamento tipo 2 (Retorno).





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 530717
Usuário do Atendimento: DAYENESS

Data e Hora do Atendimento: 29/10/2019 16:32
Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: MARTA SILVIA CLEMENTE

Prontuário: 121614

Nome da Mãe: MARIA LUCIA CLEMENTE

Nome do Pai:

Data do Nascimento: 20/07/1960

Idade: 59 anos Sexo: FEMININO

Estado Civil: CASADO

RG: 2532466

SDS/PE Data Emissão: 29/09/2011

CPF: 49319795487

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade: RECIFE

Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO

Carteira Nacional SUS: 701007887174891

Ocupação Habitual: DO LAR

Endereço: RUA NOVA

2000 CENTRO

Cidade: RIBEIRAO PRETO

SP CEP: 14010909

Fone: 982422064

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: PM CABO STO AGOSTINO

Médico: MENANDRO BEZERRA DE MELO MARTII CRM: 14418

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA Leito: LEITO 16

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Cabo de Santo Agostinho, 29/10/2019

Assinatura e R.G. do Responsável: _____

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: _____

Diagnóstico: _____

Procedimento: _____

Alta em: ____/____/____ Hora: _____

Médico e C.R.M.: _____

Responsável pela retirada do paciente - Nome: _____

Assinatura e R.G.: _____





HOSPITAL DOM HÉLDER CÂMARA
CENTRO DIAGNÓSTICO
TOMOGRAFIA



Data: 29/10/2019
Hora: 16:50:27
SAME:

Pedido: 390716
Paciente: 121614 MARTA SILVIA CLEMENTE
Médico Solicitante: CRM - 14418 MENANDRO BEZERRA DE MELO MARTINS
Data da Solicitação: 28/10/2019
Convênio: SUS/SIA AMB/URG
Unidade Internação:
Atendimento: 530509
Idade: 59a 3m 10d
Sexo: Feminino
Hora: 19:23:47
Dt. Realiz.: 28/10/2019
Origem da Solicitação: PM CABO STO AGOSTINO
Enfermaria:
Leito:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOMEN

Técnica: - Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos sem a administração de contraste.

Laods:

- Atenuação e volume normais do fígado e baço.
- Vesícula biliar não caracterizada (cirurgia prévia?).
- Aspecto tomográfico normal do pâncreas.
- Distribuição habitual de alças delgadas e cólicas.
- Aorta e veia cava de dimensões normais e contornos definidos. Não há sinais de adenomegalias retroperitoneais.
- Ausência de imagens sugestivas de líquidos livres e/ou coletados na cavidade abdominal.
- Rins de topografia habitual, com atenuação, forma, volume e contornos normais, sem evidência de calcificações ou obstrução do seu sistema de drenagem.
- **Bexiga de volume bastante aumentado e distendida (bexigoma).**
- Utero apresentando formações noduliformes com calcificações grosseiras. Achado sugere processo leiomiomatoso.
- Avaliação óssea mostra fraturas do nono ao decimo segundo arco costal à esquerda, além de fratura no aspecto superior da parede posterior do acetábulo direito.

Dr(a): Bruno Brandão Pernambuco
CRM: 18107





Transferência Médica
Secretaria de Saúde/ Cabo de Santo Agostinho
Policlínica Dr. Jamaci de Medeiros



Data: 28/10/19	Hora da solicitação:	Hora saída da unidade:
Nome: Marta Silva Clemente	Idade: 59a	Sexo: F
Senha Central Leito: SP03491	Senha SAMU:	Hospital Destino: Hospital Dom Pedro
Hora solicitada: 16:10	Atendente na Central de Ambulância:	Especialidade: Cirurgia Geral

Motivo da Transferência:

HD: Trauma Fechado de Abdome.

Anamnese:

Paciente veio a unidade trazida pela equipe de enfermagem, após relato de queda dentro do ônibus com o qual a paciente estava. DM+.

Foi realizada tomografia abdominal e se deu primeira sem melhores. HGT: 345mg/dl. Não dispomos de exames de imagem para elucidar a lesão em fígado esquerdo.

Dr. Orlando Almeida
Médico
CRM-PE-26385

Carimbo e assinatura
Médico que solicita a remoção

precisa do acompanhamento do médico:

☒ não: quem deve acompanhar: Enfermeira: _____ Técnico de Enfermagem: _____

Carimbo e assinatura
Médico que confirma o antes exposto

Para o Médico/Enfermeira/Técnico de Enfermagem que acompanha na remoção:

Motorista:

Evolução do Paciente:

Carimbo e assinatura
Profissional que acompanha a remoção

Fazer duas vias, original na transferência, copia anexa no prontuário do paciente.
Importante: Especificar se precisa ou não, do médico na remoção.



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 28/10/2019 17:42

Nome Paciente: MARTA SIVIA CLEMENTE
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 20/07/1960
Sexo: Feminino
Idade: 59 anos
Senha: 0040
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 28/10/2019 17:47 - 28/10/2019 17:50

JANDIRA DA ROCHA GUEDES MARCOLINO - COREN: 587256 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **EMERGENCIA - VERMELHO**

Cor: **VERMELHO**

Queixa Principal: PACIENTE ENCAMINHADA DA POLICLINICA JAMACI DE MEDEIROS COM SENHA 5803491, RELATO DE QUEDA DENTOR DO ONIBUS, PARA AVALIAÇÃO COM A CIRURGIA GERAL, CONSCIENTE, ORIENTADA.

Medicamento(s): INSULINA NPH

Observação: HAS -
DM +
ALERGIA -

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR INTENSA (8-10/10)
- PALIDEZ CUTÂNEA, SUDORESE, PELE FRIA

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Acolhido(a) por: JANDIRA DA ROCHA GUEDES MARCOLINO - COREN: 587256 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 28/10/2019 17:50

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

Scanned with CamScanner





HOSPITAL DOM HÉLDER CÂMARA
CENTRO DIAGNÓSTICO
TOMOGRAFIA



Data: 29/10/2019
Hora: 16:50:24
SAME:

Pedido: 390716
Paciente: 121614 MARTA SILVIA CLEMENTE
Médico Solicitante: CRM - 14418 MENANDRO BEZERRA DE MELO MARTINS
Data da Solicitação: 28/10/2019
Convênio: SUS/SIA AMB/URG
Unidade Internação:
Atendimento: 530509
Idade: 59a 3m 10d
Sexo: Feminino
Hora: 19:23:47
Dt. Realiz.: 28/10/2019
Origem da Solicitação: PM CABO STO AGOSTINO
Enfermaria:
Leito:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOMEN

Técnica: - Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos sem a administração de contraste.

Achaods:

- Atenuação e volume normais do fígado e baço.
- Vesícula biliar não caracterizada (cirurgia prévia?).
- Aspecto tomográfico normal do pâncreas.
- Distribuição habitual de alças delgadas e cólicas.
- Aorta e veia cava de dimensões normais e contornos definidos. Não há sinais de adenomegalias retroperitoneais.
- Ausência de imagens sugestivas de líquidos livres e/ou coletados na cavidade abdominal.
- Rins de topografia habitual, com atenuação, forma, volume e contornos normais, sem evidência de calcificações ou obstrução do seu sistema de drenagem.
- **Bexiga de volume bastante aumentado e distendida (bexigoma).**
- Utero apresentando formações noduliformes com calcificações grosseiras. Achado sugere processo leiomiomatoso.
- **Avaliação óssea mostra fraturas do nono ao decimo segundo arco costal à esquerda, além de fratura no aspecto superior da parede posterior do acetábulo direito.**

Dr(a): Bruno Brandão Pernambuco
CRM: 18107





HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA
CENTRO DIAGNÓSTICO
TOMOGRÁFIA



Data: 29/10/2019
Hora: 16:50:37
SAME:

Pedido: 390716 Atendimento: 530509 Idade: 59a 3m 10d
Paciente: 121614 MARTA SILVIA CLEMENTE Sexo: Feminino
Médico Solicitante: CRM - 14418 MENANDRO BEZERRA DE MELO MARTINS
Data da Solicitação: 28/10/2019 Hora: 19:23:47 Dt. Realiz.: 28/10/2019
Convênio: SUS/SIA AMB/URG Origem da Solicitação: PM CABO STO AGOSTINO
Unidade Internação: Enfermaria: Leito:

TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DO TORAX – SEM CONTRASTE

TÉCNICA: Os cortes tomográficos computadorizados do tórax foram obtidos sem a infusão endovenosa de contraste iodado hidrossolúvel.

Achados:

- Opacidades consolidativas com alguns focos fibroatelectásicos em ambas as bases pulmonares. Achado usualmente observado em situações de processo infeccioso em remissão, porém no contexto de trauma, pode corresponder a focos de contusão.
- Não há evidência de derrame pleural.
- As estruturas vasculares mediastinais têm calibre e disposição habituais.
- Não visualizamos linfonodomegalias ou outras lesões ocupando espaços nos compartimentos mediastinais.
- Traquéia, carina e brônquios principais de calibre e contornos normais.
- Hilos pulmonares anatômicos.
- Aparente fratura da nona costela torácica à esquerda. Não foi possível analisar os segmentos costais mais inferiores.

Dr(a): Bruno Brandão Pernambuco
CRM: 18107





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 19 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200114071

Vítima: MARTA SILVIA CLEMNTE

Data do Acidente: 28/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARTA SILVIA CLEMNTE

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT. Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 22/11/2019, emitido pelo Dr. XISTO LUNA CRM nº 16635 - PE, da Instituição HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00807/00808 - carta_31 - INVALIDEZ

00050404



Carta nº 15638881



JUNTADA DE PETIÇÃO REQUERENDO INCLUSÃO CNPJ DAS DEMANDADAS (ANEXO)



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 11ª VARA CÍVEL DA
COMARCA DE RECIFE – PE.**

PROCESSO Nº: 0017008-55.2020.8.17.2001

Seção A

MARTA SÍLVIA CLEMENTE, já devidamente qualificada nos autos da ação em epígrafe, movida contra **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A e TOKIO MARINE SEGURADORA S/A**, já devidamente qualificadas nos autos da ação em epígrafe, vem requerer a Vossa Excelência a retificação das partes Demandadas, para que sejam incluídos os seus CNPJ, quais sejam: **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**: 09.248.608/0001-04 e **TOKIO MARINE SEGURADORA S/A**, CNPJ 60.831.344/0001-74.

Nestes Termos,

Pede deferimento.

Recife, 29 de março de 2020.

RENATO CÉSAR MALHEIROS CAVALCANTI

OAB-PE 31915

Av. Bernardo Vieira de Melo, 1551 – SI 01 – Piedade
Jaboatão dos Guararapes/PE – CEP: 54410-010 - Fone: (81) 3204.4039
E-mail: renatomalheiros@outlook.com

